57

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1915 **THÈSE** N°

PRESENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Tumeurs Blanches

ET

Réaction de Wassermann

PAR

Philippe KOPP

Né à Strasbourg, le 13 février, 1874

Président : Monsieur le Professeur BROCA

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Ar.).

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

la fidèle compagne de toutes mes luttes.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage de respectueux dévouement et de profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné,

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL ARCHAMBAUD

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage d'une amitié scellée dans le travail, affermie dans les batailles, confiante dans l'avenir.

I

PRÉFACE

Lorsque, au commencement de cette année 1914, je passais rapidement mes examens de doctorat, le 2me, 3me, le 4me, le 1er et le 2me 5me et que, dans le service de mon cher maître, M. le Professeur Auguste Broca, je préparais ma thèse, puisant largement dans les observations, mises obligeamment par lui à ma disposition, je ne pensais pas que la guerre allait m'arracher à ce travail, reculer le terme final de mes études et me donner l'occasion d'écrire ces lignes au son du canon.

Et pourtant j'en suis heureux ; car, strasbourgeois de père en fils, retenu en Alsace pendant plus de 30 ans de ma vie, ayant fait en Allemagne de longues études qui me consacraient docteur en médecine vétérinaire et Privadocent de Pathologie comparée, j'ai beaucoup souffert là-bas et subi toutes les vexations ; je suis venu en France, où, cherchant ma voie, reprenant les études purement médicales, je n'ai pas hésité, sachant, voyant le danger et voulant opter à temps, à me faire réintégrer à la veille même de la guerre, quitte à partir, à l'âge

de 40 ans, comme simple troupier : vieux soldat marchant avec la classe 1913.

Canonnier de 2e classe, puis infirmier, puis brigadier infirmier, faisant fonctions de médecin auxiliaire, enfin médecin auxiliaire en titre, j'ai fait toute la campagne jusqu'à ce jour.

Affecté au 4e Régiment d'Artillerie lourde j'ai suivi mon régiment de Versailles à la Sambre et de la Sambre à la Seine. Je suis actuellement sur le front.

Coupé de mon convoi, resté à l'arrière avec mes voitures et hommes, j'ai ramené les unes et les autres, indemnes, à mon corps ; j'ai été blessé à l'ennemi et je brûle de désir de rentrer en Allemagne.

Car... mais, au fait, les circonstances actuelles ne me permettent-elles pas de reproduire, ici-même, les lignes que j'écrivais il y a quelques semaines au Général Bonnal et que le Général a publiées et commentées en ces termes (*Matin*, 3 décembre 1914) :

On se fera une idée des admirables vertus de quantité d'Alsaciens, occupés depuis trois mois à combattre sur notre front, par ce fragment de lettre que je reçois d'un alsacien d'une quarantaine d'années, qui, un peu avant notre mobilisation, est venu, avec beaucoup d'autres, se faire réintégrer dans l'armée française, en qualité de simple soldat :

« Nous marchons, malgré nos trente-cinq à quarante ans ou plus, avec les hommes de la classe 1913, voire même de la classe 1914, et nous nous battons ardemment.

» Nos biens ont été confisqués par les autorités allemandes et nous avons dû laisser nos familles au pays.

» A me lire, vous jugez peut-être que nous avons mérité quelque récompense. Non, mon général, car nous combattons pour un idéal, qui est de redevenir Français et de redonner aux nôtres, avec la liberté, le droit de penser à haute voix.

» Du moins, qu'il nous soit permis de nous trouver en bonne place, le jour où les troupes françaises rentreront à Strasbourg !

» Ce jour-là nous pleurerons de joie, mais, auparavant, nous avons mieux à faire. »

Ah, les braves gens !

Pour mon compte je voudrais simplement et pour clore cette préface, prier tous ceux qui auront à critiquer ma thèse, de bien vouloir excuser les lacunes de ce travail écrit dans les conditions les plus exceptionnelles.

Je désire présenter ma thèse encore pendant la guerre pour obtenir un diplôme me permettant de me consacrer, si possible, encore plus à ma patrie, la France.

Sur le front, le 28 décembre 1914.

II

J'avais choisi, pour y faire mon deuxième stage de spécialité, le Service de M. Broca aux Enfants Malades. Au cours de ce stage je remarquai que certains enfants apparemment atteints de tumeurs blanches ou d'hydarthrose présumée d'origine tuberculeuse, donnaient à la réaction de Wassermann un résultat positif.

Le cas était intéressant et dès lors je m'attachai à l'idée d'en faire mon sujet de thèse.

Je glanai, de ci, de là, dans les périodiques à ma disposition les idées qui me semblaient se rattacher à mon thème, prenant des notes, qu'à défaut des originaux je suis heureux d'avoir, à présent, sous la main.

C'est ainsi que je fus impressionné de lire, dans une petite brochure de Leredde, « La Réaction de Wassermann », les passages suivants : « J'allais oublier le chirurgien, auquel on reproche de ne pas toujours établir un diagnostic étiologique avant d'opérer, et dont l'esprit doit sans cesse être éveillé sur la nature syphilitique possible d'une affection ostéo-articulaire ou d'une tumeur, » et plus loin : « Le domaine de la syphilis n'est pas encore complètement exploré, nous ne connaissons

aujourd'hui ni toutes ses formes, ni toutes ses lésions, ni toutes les affections qu'elle détermine, d'une manière directe ou indirecte. Les médecins, et en particulier les neurologistes, les ophtalmologistes, ont souvent reproché ché aux syphiligraphes de voir de la syphilis « partout. » Or, il est prouvé aujourd'hui que les syphiligraphes eux-mêmes n'ont pas vu la syphilis partout où elle existe et, d'autre part, qu'ils n'en ont pas reconnu toute la gravité. Mais j'y lus aussi : « Une affection est parfois liée par un lien étiologique à la syphilis sans être nécessairement de nature syphilitique. D'autre part, il existe des coïncidences, et toute affection développée chez un syphilitique n'est pas syphilitique, car un syphilitique peut devenir tuberculeux ou cancéreux, ou être atteint d'une lésion cardiaque, de lithiase biliaire ou d'un kyste hydatique. Le séro-diagnostic fournit au médecin un document que celui-ci doit interpréter dans chaque cas particulier. » Leredde concluait : « La Réaction de Wassermann doit être recherchée chez l'enfant atteint de troubles du développement; elle doit être recherchée même chez des malades atteints d'affections cutanées, et dans les affections chirurgicales, qui peuvent être de nature syphilitique méconnue (tumeurs, lésions ostéo-articulaires) ».

D'autre part, je retins, d'un Article de la Gazette des Hôpitaux « la Pleurésie des Syphilitiques » que les pleurésies de la Syphilis secondaire sont, suivant l'expression du Professeur Landouzy, de support syphilitique et de nature bacillaire et cet article me donnait tout autant à penser que l'étude faite par le Professeur Sergent sur

« Le rôle du terrain dans la Tuberculose » ou je retrouvai cette même pensée du terrain favorable à l'imprégnation par le bacille de Koch.

Toutefois je lisai, de ci, de là, au sujet de la valeur de la réaction de Wassermann, les lignes qui ont inspiré la note suivante : « une réaction de Wassermann positive ne signifie pas forcément syphilis. »

J'ajouterai, enfin, aprés lecture de beaucoup d'autres articles dont je citerai, entre autres : Syphilis et affections chroniques par Le Noir ; Syphilis et Glandes surrenales par Sézary », j'ajouterai, dis-je, avec l'un d'eux : la tuberculose est le facteur de beaucoup le plus commun, mais nous devons nous efforcer de bien reconnaître l'étiologie exacte pour opposer une thérapeutique exacte.

III

Un instant je pensai placer, au commencement de ce troisième chapitre, une étude comparée de différentes arthrites, d'examiner celles surtout se présentant sous la forme d'hydarthrose et de tumeurs blanches. J'eus l'idée de résumer, en un mot, nos connaissances sur leur origine et évolution, je songeai aussi à répéter, ici même, ce que nous savons de la réaction de Wasserman et de sa valeur dans le diagnostic et le traitement de la Syphilis, mais, outre que ce travail n'aurait rien d'original, il me paraît plus intéressant d'aborder immédiatement le thème quitte à rappeler dans la discussion des faits telle donnée connue.

Ce thème quel est-il ? Le voici : nous avons relevé des cas où, nous trouvant ou croyant nous trouver en présence de tumeurs blanches ou d'hydarthroses présentant tous caractères tuberculeux, la réaction de Wassermann fut positive et le traitement spécifique favorable.

Nous donnons pour preuves les observations suivantes :

OBSERVATION I

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Polyarthrite syphilitique

C R +

W +

B..... Marthe, 10 ans, entrée 6 février 1911.

A. H. Père 32 ans, réformé pour faiblesse de constitution, ancienne maladie vénérienne, ne tousse pas, ancienne maladie antérieure. Mère morte à 23 ans, 3 mois après naissance de l'enfant, de ?, ne toussait pas, pas d'autres grossesses, pas de fausses couches.

A. P. née à terme, nourrie au biberon, première dent ? premier pas à ? Rougeole à 4 ans ; brusquement à 4 ans se plaint de son genou gauche, ne peut plus marcher. Plâtre. Envoyée ensuite à Berck, y reste 20 mois, pendant son séjour coudes et poignets sont atteints. De Berck va dans le Loiret, y reste 2 ans, commence à marcher, mais devient aveugle ; renvoyée à Paris, consultation de M. Terrien (1er juillet 1910), qui trouve : aux yeux occlusion totale des 2 pupilles, consécutive à une cataracte double avec adhérences iriennes, lésions consécutives à une irido-choroïdite fœtale. A gauche l'extraction des masses cristallines à permis d'obtenir une certaine transparence du cramp pupillaire.

Etat actuel, 6 février 1911, pas de stigmates de syphilis dentaire, rien aux oreilles ; l'enfant tient la tête penchée en avant, taille normale, développement intellectuel malgré éducation forcément défectueuse, satisfaisant.

Examen des articulations :

Membres inférieurs : genou gauche volumineux, trace de quelques pointes de feu. Atrophie musculaire de la cuisse surtout à droite, jambes grêles, pas d'épaississements synoviaux, pas de points douloureux osseux, pas de douleur spontanée, hypertrophie des extrêmités osseuses, pas d'adenopathie inguinale.

Légère raideur de la colonne vertébrale vésicale, mouvements d'extension limités. Saillie dorsale du pied gauche, pied creux ; pied droit pareillement déformé. Mouvements de flexion des deux jambes sur cuisses limités, ne vont pas à angles droits, de même cuisses sur bassin.

6 mars 1911. W. —

6 avril 1911. Examen des articulations : le tempore maxillaire fonctionne bien, les mouvements du cou se font bien sauf pour l'hyperextension qui est limitée, de même ceux de rotation. Flexion de la colonne vertébrale dorsolombaire normale, mais l'extension est limitée, mouvements latéraux normaux.

Mouvements de l'articulation de l'épaule, tant à gauche qu'à droite, normaux.

Les mouvements des coudes sont par contre très limités, insignifiants à gauche, à droite un peu plus étendus (flexion de 15°).

Position des mains intermédiaire entre pro et supination, les mouvements autour de cette position sont très limités des deux côtés, mais d'avantage à droite. Poignet gauche pas d'extension, flexion limitée. Poignet droit : la main se tient en légère flexion, on ne peut augmenter que légèrement cette position.

Mouvements des doigts sont normaux, sauf pour le médius gauche qui ne peut être étendu, l'articulation phalango phalanginienne de l'index gauche est augmentée de volume.

Couchée, les membres inférieurs étendus, la malade présente une ensellure lombaire qui augmente avec les mouvements de

flexion et extension de la cuisse sur bassin, les mouvements des cuisses ne dépassent d'ailleurs pas 45° par rapport au plan du lit. L'extension des cuisses sur bassin est nulle, les mouvements d'abduction limités, ceux d'abduction normaux, la rotation interne existe des 2 côtés, la rotation externe des deux côtés nulle.

Articulations du genou. Pas de roc rotulien, toutefois effacement des méplats prérotuliens des 2 côtés. La rotule gauche est très mobile, le mouvement de flexion à gauche n'atteint pas l'angle droit, à droite il est limitée à une exension de 45°.

Pieds : Le mouvement des deux tibio-tarsiennes sont absolument insignifiants, ceux des médiotarsiennes nuls.

Le malade marche à petits pas, le tronc fléchi, les genoux rapprochés, en se balançant dans les hanches, talonne.

La musculature est partout atrophiée.

Rien au poumon ni au cœur. Urine ; pas d'albumine claire. Réflexes normaux.

L'enfant est réexaminé en oct. 1911 puis, le 28 janvier 1912. On ne note aucune amélioration. Au 31 janvier 1912, on marque cubi-réaction +, enfin au 12 février W +.

Dès lors se suivent les sinis de piqûres mercurielles.

17 février	1912	1re série	1	centigramme de	Biïodure de Hg
15 mars	«	2		»	»
22 avril	«	3		»	»
30 mai	«	4		»	»
24 juin	«	5	2	»	de HgI2

Ce même 24 juin on note : Depuis le traitement mercuriel, l'état s'est sensiblement amélioré : 1° Cette amélioration se produit par la disparition progressive de la raideur rachidienne, auparavant marquée surtout dans la région cervicale ; 2° la possibilité de la station verticale, la marche est également possible ; 3e la rétrocession des phénomènes articulaires, les poignets récupérent tous les mouvements, les genoux la flexion. Aussi, l'observateur ajoute, à ce jour, vu :

1° l'absence d'évolution des arthrites vers la tumeur blanche et la suppuration ; 2° leur multiplicité ; 3° leur amélioration par le traitement mercuriel ; 4° la R. W. + ; 5° l'origine probablement spécifique de l'irido-choroidite, les lésions articulaires sont bien d'origine syphilitique. On continue donc le traitement mercuriel et ioduré ; 2 grammes de HgI2 par jour, 1 gramme de K).

Le 4 août 1912, nouvelle série de piqûres, interrompue par vomissements.

16 septembre 1912. Pilules mercurielles. Série de 10 pilules de 0,01 centigramme de proto-iodure de hg.

12 novembre 1912, nouvelle série de 10 pilules sans inconvénients, amélioration notable des arthrites, encore plus marquée qu'à la suite des premières séries.

Les deux genoux sont totalement secs, pas de douleur osseuse à la pression, il subsiste toutefois une limitation des mouvements de flexion ; genou droit, flexion possible jusqu'à angle droit ; genou gauche, la flexion dépasse très légèrement 90°, pas de limitation de l'extension, pas de mouvements anormaux de rotation ou de latéralité. Quelques petits ganglions inguinaux bilatéraux.

En ce qui concerne les coudes pas de douleur spontanée ni de point douloureux à la pression, pas d'épanchement articulaire. Le coude droit est dans une position de légère pronation permanente de la main avec limitation de mouvements de supination, sa flexion va jusqu'à un angle de 50° ; le coude gauche a retrouvé presque tous ses mouvements. On note seulement une très légère limitation de la supination et de l'extension.

Les deux poignets ont retrouvé tous leurs mouvements qui sont normaux ; le poignet droit est peut-être un peu épaissi, d'avant en arrière.

Disparition de la raideur rachidienne.

Les lésions ovulaires (irido-choroïdite) ont laissé deux taches à peu près centrales, compromettant la vision d'une manière presque absolue ; l'enfant est presque aveugle.

11 janvier 1913, même état. Examen ophtalmologique de M. Poulard : irido-cyclite spécifique ayant amené des lésions très étendues des deux yeux, surtout de l'œil droit ; l'œil gauche a été opéré de cataracte, mais il reste une membrane qui empêche le fond de l'œil de servir. Il y aurait utilité à l'enlever. Par ailleurs traitement spécifique contre l'iridocyclite.

Sorti le 23 juillet 1913, très améliorée.

OBSERVATION II

Service de M. Broca, aux *Enfants Malades*

Tumeur blanche du genou. — Polyarthrite syphilitique

C. R. +
W. +

S... Renée, 4 ans, entrée le 20 octobre 1908.

A. H..., mère rhumatisante avec retentissement cardiaque.

A. P., née à terme, nourrie au sein, première dent à 8 mois, premier pas à 18 mois, rougeole à 15 mois.

H. M. Il y a 3 mois, au retour d'une promenade, se plaint du genou droit, 2 jours après le genou enfle, soignée en ville (emplâtre de Vigo) depuis l'enfant n'a plus marché.

E. A. La jambe est tenue fléchie sur la cuisse, le genou est globuleux, effassement des sillons prérotuliens, un peu d'atrophie musculaire de la cuisse. Douleurs à la pression du condyle femoral externe, culs de sac rotuliens, surtout inférieurs, résistents ; les mouvements sont presque impossibles.

On fait de l'extension continue, poids 1 k. 500.

26 Octobre 1908, genou toujours fléchi, moins globuleux, mouvements très limités.

14 Novembre, le genou est un peu plus étendu, poids 4 k.

30 Novembre, la flexion est due surtout à la contracture musculaire. Plâtre, 9 janvier 1909, même état.

30 janvier 1909. Encore des fongosités, un peu de flexion, tendance à de la subluxation.

15 mars 1909. Genou en bon état, mais mauvaise position. Squelette énorme, pas de fongosités, tendance nette à de la subluxation.

La face postérieure du poignet droit présente de la tuméfaction un peu fluctuente.

5 avril 1909. Bon état général, petit escarre par l'appareil plâtré, les deux poignets sont limités dans les mouvements d'extension et flexion.

29 avril 1909. Poignet droit, petite tuméfaction fluctuente ; genou droit légèrement fléchi et subluxé, encore des fongosités.

10 juin 1909. Poignets semblables, mouvements limités, tuméfaction fluctuente au dos des deux poignets.

12 juillet 1909. La tuméfaction douloureuse des deux poignets a diminuée, genou droit sec.

18 septembre 1909. Genou gros, non douloureux, quelques mouvements.

13 octobre 1909. Tuméfaction des poignets a considérablement diminuée, genou bon état.

23 novembre 1909. Genou bon état, mais en légère flexion rotation et subluxation.

12 janvier 1910. Le fémur paraît légèrement incurvé en arrière à sa partie inférieure, quelques mouvements de latéralité, les poignets sont en bon état.

22 janvier 1910. Plâtre pour le genou.

7 mars 1910. Genou dans le même état.

4 mai 1910. Les deux poignets sent toujours tuméfiés.

26 août 1910. Tuméfaction des deux poignets, la flexion et extension très limitée, genou dans le même état.

12 novembre 1910 genou en valgus, mais sec ; tuméfaction

des poignets presque complètement disparues ; extension et flexion presque complètes.

14 janvier 1911. L'enfant revient, les poignets semblent améliorés, les fongosités diminuées, les mouvements toujours très limités ; l'état du genou n'a pas varié. En examinant le membre gauche, on constate un genou augmenté de volume, pas de fongosités ni choc rotulien ; mouvements limités, la flexion jusqu'à l'angle droit, extension à partir de 175° ; atrophie très marquée du quadriceps femoral, pas de douleurs spontanées ni provoquées.

L'articulation tibiotarsienne gauche est tuméfiée surtout le matin. Atrophie musculaire de la jambe, pas de points douloureux, légère limitation des mouvements de la tibiotarsienne. D'autre part les mouvements de la hanche semblent aussi limités, mais l'enfant est difficile à examiner.

Radio : légère diminution de l'espace inter-articulaire du côté droit, rien à la hanche.

18 janvier 1911. L'enfant se présente les cuisses tenues en légère adduction ;

Hanche : à gauche la flexion atteint un angle de 115°, l'abduction est presque impossible, l'extension est limitée, l'adduction semble normale.

A droite, extension limitée de cuisse sur bassin, adduction et abduction nulles, flexion 95° ; genou : à gauche : flexion 120° ; extension 160°, genu valgum, jambe en rotation interne, pied porté en varus equin ; à droite : fixé en flexion très légère, le plateau tibial reporté un peu en arrière, la jambe est en légère rotation externe.

Tibio-tarsienne gauche : flexion à angle droit, extension 105°.

Sous astragalienne gauche : seul est possible le mouvement portant la plante du pied en dedans, la pointe du pied en bas.

Tibiotarsienne droite : la flexion n'atteint pas un angle de 100°, l'extension est fixée à 120°.

Sousastragalienne droite : mouvemənts très limités.

Radio : hanches: à droite : interligne iliofemorale un peu obscure de la cavité cotyloïde flou et irrégulier, interligne cartilagineuse de la tête et du col est flou. A gauche : bord supérieur du col fémoral est flou et clair. Genou droit : lésions nettes du condyle interne et du plateau tibial interne, la radio du profil interne montre un aplatissement très marqué du condyle du fémur qui est en outre irrégulier dans ses contours ; les lignes structurales osseuses ont disparu et le condyle parait estompé alternativement de Zones claires et plus foncées.

Genou gauche : lésions moins nettes, contour des condyles fémoraux irréguliers, interlignes cartilagineux irréguliers.

Les mouvements de la colonne vertébrale cervicale sont limités, la flexion peu, l'extension preque impossible, mouvement de latéralité peu prononcée vers la gauche, nul vers la droite.

Membre supérieur droit :

Poignet : flexion 10° à 15°, extension à angle de 160°, adduction 25°, adduction 15°, fongosités.

Flexion et extension des doigts impossible.

Coude : Flexion 70°, ne peut toucher son épaule, extension incomplète, 170° épaule gauche et droite. Les articulations paraissent ankylosées, les omoplates suivent tous mouvements imprimés aux humerus.

Membre supérieur gauche :

Flexion des doigts sur paume incomplète, extension n'atteint pas la rectitude.

Poignet : Abduction et adduction très limitées, flexion à 110°, extension incomplète, fongosités.

Coude : flexion 45°, extension 175°.

15 février 1911. Plâtre du genou.

3 mai 1911. Bon état des genoux, autres articulations stationnaires.

4 mai 1911. Nouveaux plâtres des deux genoux.

28 juin 1911. Cuti Réaction +.

27 juillet 1911. Temp. 39; petit abcès de l'oreille qui, percé, donne petite quantité de sang et pus.

4 octobre 1911. Il semble qu'à la hampe gauche l'adduction et flexion soient plus marquées qu'auparavant, l'extension est toujours impossible. A droite pas d'adduction, mais la flexion n'est guère plus prononcée qu'à gauche. Vive douleur quand on exagère les mouvements et gros craquements articulaires.

23 mars 1912. Etat des articulations.

Genou droit : globuleux, en flexion légère, mouvements de flexion et d'extension impossibles, la jambe est en légère rotation externe.

Genou gauche : la jambe est en rotation interne, flexion et extension à peine existant (5°) ;

Hanche droite : la cuisse est en flexion et adduction. Mouvements, flexion de 15 à 20°, extension impossible, abduction et adduction de même.

Hanche gauche : la cuisse est maintenue en adduction. Mouvements : flexion de 50°, extension très limitée, adduction à peu près normale, abduction impossible.

Tibio-tarsienne droite, tous les mouvements presque inexistants.

Tibio-tarsienne gauche, flexion atteint 45°, les autres mouvements sont très limités.

Coude droit : mouvement de flexion de 110°, pronation et supination très limitées.

Coude gauche : mouvement de flexion de 130°, pronation et supination également limitées.

Poignets : Globuleux à droite plus qu'à gauche : à droite, flexion et extension de 40°, les mouvements de latéralité sont très limités.

Etat stationnaire jusqu'au 15 avril 1912.

15 avril 1912 W + (Institut Pasteur).

22 avril 1912, première série de piqûres 1 cc Hg I2.
30 mai — deuxième — — 1 cc Hg I2.
24 juin — troisième — — 2 cc Hg I2.
22 juillet. Genou droit : plâtre.
4 août 1912 quatrième série de piqûres 1 cc H5 I2.
16 sept. — cinquième — — 1 cc A5 I2.

10 nov. — ablation du plâtre, genou en bon état, sans abcès, peau légèrement ulcérée, petit escarre superficiel au-drssus de la rotule.

12 novembre 1912. Sixième série de piqûres.

12 — — Etat actuel : très amélioré depuis le début du traitement mercuriel; les articulations les plus malades actuellement sont les genoux ; le genou droit qui vient d'être déplâtré est globuleux avec effacement des saillies miplats, peau luisante, pas de choc rotulien, les culs de sac sont comblés, pas de fluctuation, pas de points douloureux. Au-dessous du genou droit légère incurvation de l'extrêmité supérieure du tibia. Atrophie musculaire de cuisse et jambe, très petits ganglions inguinaux bi-latéraux. Le genou gauche est moins volumineux, les saillies sont à peu près normales, la peau de même, la rotule très mobilisable, par contre limitation des mouvements de flexion. Atrophie musculaire. Il existe des deux côtés une sorte de trépidation epileptoide, quelquefois spontanée, mais surtout provoquée par la flexion brusque du pied sur la jambe. Au niveau des hanches les mouvements de flexion et extension sont possibles, quoique limités, l'abduction est totalement impossible ; les coudes sont très améliorés, légère limitation à gauche de la supination et de l'extension. Les poignets sont épaissis, un peu déformés, mais les mouvements sont normaux. Il existe encore de la raideur rachidienne cervicale, surtout pour les mouvements d'inclinaison latérale de la tête.

11 décembre 1912 7e série de piqûres, 1cc.

21 janvier 1913 8e » de piqûres et traitement à l'IK.

17 mars	1913	9e	série de piqûres et traitement à l'IK.			
1er mai	»	10	»	»	»	»
9 juin	»	11	»	»	»	»

21 juillet 1913, le genou droit est ankylosé à 175°, formant en outre légers valgus, pas de points douloureux, atrophie musculaire. Le genou gauche est enkylosé en extension, atrophie musculaire, pas de points douloureux. Hanches : adduction limitée, flexion atteint angle droit, abduction, rotation très limitée, ganglions inguinaux des 2 côtés. Poignets : déformation symétrique des 2 côtés, saillies osseuses anomales, flexion limitée à 30°, extension à 20°. Coudes ; flexion, extension, ponation, supination incomplets. Epaules : élévation, rotations limitées.

21 juillet	1913	12e	série	de piqûres
5 septem.	»	13	»	»
14 novem.	»	14	»	»
23 janvier	1914	15	»	»
9 mars	»	16	»	»

L'enfant sort de l'hôpital le 11 avril 1914 : l'état général est parfait, l'état de mobilisation semble arrêté aux résultats obtenus jusqu'au 21 juillet 1913.

OBSERVATION III

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W +

T....., Edmond, 22 mois, entré le 25 novembre 1912.

A. H., parents bien portants.

A. P., né à terme, nourri au biberon, 1re dent à 11 mois, 1er pas à 20 mois, varicelle à 3 mois, hydrocéphalie.

H. M. Depuis 2 mois le genou droit est plus volumineux, l'enfant boite.

E. A. Genou droit légèrement augmenté de volume, les saillies sont effacées, léger choc rotulien, pas d'atrophie musculaire, flexion normale, extension limitée à 140°, ganglions inguinaux surtout du côté droit.

Radio : caverne de l'épiphyse fémorale, ouverte dans l'articulation et à contours réguliers.

La boîte cranienne est nettement augmentée de volume, bosses frontales proéminentes. La fontanelle bregmatique est encore palpable W +

6 décembre 1912. 1re série de piqûres.

15 avril 1913. Genou droit gros, chaud, circulation collatérale, plâtre.

13 juillet 1913. 2e série de piqûres.

7 septembre 1913. 3e » » plâtre.

15 décembre 1913. 4e » »

30 janvier 1914. Le genou est à peu près sec, présente toutefois une tendance à la subluxation en arrière, fait quelques mouvements.

L'état général est satisfaisant, l'hydrocéphalie s'est arrêtée.

OBSERVATION IV

Service de M. Broca, aux *Enfants Malades*

Tumeur blanche au genou

W +

A... Pierre, 3 ans 1/2, 77, rue Broca, Paris. Entré le 2 juillet 1906.

Père, mère vivants, pas de bacillose familiale, un frère mort

d'otite, un frère vivant 10 ans, bien portant, une sœur vivante en bonne santé.

A... P., né à terme, premier pas à 16 mois, première dent à 8 mois. Coqueluche à 8 mois.

Rougeole à 3 ans, boite de la jambe droite depuis 15 jours.

E. A. Atrophie du membre inférieur droit, adénite inguinale des deux côtés, limitation des mouvements surtout de l'extension de la cuisse sur le bassin. Quinze jours de repos.

16 février 1902 (6 ans plus tard). L'enfant n'ayant plus boîté, tout traitement avait cessé. Il recommence à boiter il y a 6 mois, mais du côté gauche ; envoyé à la campagne, revient en novembre, ne se plaint plus, on le laisse courir, boîte à nouveau.

E. A., jambe gauche en flexion de 20° sur cuisse. Point douloureux condylien et tibial interne. Mouvements de flexion, abduction, extension impossibles. Circulation collatérale surtout externe. Elévation de la température locale. Petits ganglions inguinaux bilatéraux. Microlymphadénie cervicale. Réflexes normaux. Choc rotulien très net. Atrophie musculaire surtout de la cuisse, moins du mollet.

Radiographie, face : bord supérieur et Inférieur du tibia et du fémur sont flous, toute l'articulation est floue ; profil : condyles du fémur hypertrophiées et contours flous. Rotule augmentée de volume et floue à la face postérieure.

21 février 1912, plâtre.

23 mars » beaucoup de ganglions inguinaux guilatéraux.

22 avril » l'enfant souffre depuis le 23 mars de maux de tête, a des vomissemenls fréquents, on prend rendez-vous pour un nouveau plâtre ; on fait une position lombaire, pas de tension.

20 mai 1912 l'enfant n'a plus de maux de tête, va mieux, la flexion du genou 150° est redressée,

5 juillet 1912 genou redressé.

29 nov. » il y a trois semaines a eu une crise de céphalée en arrière à droite avec vomissements nauséeux et douloureux surtout nocturnes, depuis l'enfant n'a plus souffert, mais baisse

de vue, sensation du chapeau devenant trop petit, jamais fièvre, pas de constipation, bon appétit, actuellement l'enfant porte la tête abaissée, il parait absorbé, indifférent, apathique, ne parle pas spontanément, mais répond d'une façon satisfaisante aux questions posées, tête volumineuse, bosses frontales proéminentes, circulation collatérale. Ouïe normale. Réflexes normaux. Tête retombe lourdement. Astasie, oscille et tombe. Laisse tomber la tête à droite. Yeux : stase papillaire colatérale. Urine : rien d'anormal,

6 décembre 1912 Silion lambodïde s'écarte, de même sillon interparietale.

26 décembre 1912 Wassermann +

28 » « Intitution du traitement spécifique, 10 piqûres Hg 1 2.

9 janvier 1913 aucune amélioration, la veille crise de contracture des membres inférieurs. Yeux déviés à gauche.

31 janvier 1913 6 nouvelles piqûres,

5 février » ponction du genou blanche.

16 mai » accès condilien, ponction.

10 juin, » nouveaux abois, est mort.

OBSERVATION V

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W +

C....., Paul, 5 ans 1/2, entré le 9 juillet 1912.

A. H. Père et mère bien portant, seul enfants.

A. P. Né à terme, première dent à 1 an, premier pas à 1 an, entérite à 2 ans.

H. M. Il y a 2 ans 1/2 traînait son pied, emplâtre. Massages pendant 2 ans, depuis un an le genou est augmenté de volume, la jambe commence à se fléchir sur la cuisse, marche de plus en plus mal, revient du bord de la mer, y a passé trois semaines.

E. A. Genou gauche volumineux, angle de 110° cuisse, peau normale, ni lisse ni tendue, circulation veineuse collatérale, méplats disparus de sorte que la face antérieure du genou ressemble à un globe lisse, tibia subluxé en arrière et au dehors.

Palpation : Pas de douleur, on sent des fongosités pâteuses, mais non fluctuentes. En déprimant celles-ci on peut sentir les contours de la rotule, qui est déviée en dehors, méninges épaissies, interligne articulaire augmentée des deux côtés, surtout en dehors, tête péronière intacte, rétraction du tendon du biceps, peau plus chaude au genou gauche, l'hypotonie du quadriceps pas trés marquée, de même pour muscles du mollet, gros ganglions du triangle de Scarpa à gauche.

Exploration fonctionnelle. Flexion limitée à angle de 15° entre cuisse et jambe.

Extension limitée à 120°, la rotation en dehors de la jambe gauche est très exagérée. L'enfant marche en fauchant.

Etat général excellent.

Radio : ulcération compressive du plateau tibial qui est en contact immédiat avec le bord inférieur du condyle fémoral.

Subluxation du tibia en arrière et en dehors.

Irrégularité et décalcification des épiphyses tibiales, fémorales et de la rotule. La ligne dia-épiphysaire est assez nette au tibia, mais irrégulière en arrière où il existe une hyperostose longue d'un demi centimètre. De face : décalcification de l'épiphyse condylienne, diminuée de hauteur, la dépression intercondylienne est plus profonde que normalement. Sur cette radio on voit, dans sa totalité, la rotule située en dehors de l'articulation.

11 juillet 1912. Injection d'éther iodoformé, extension.

23 id. Redressement du genou, plâtre.

22 août 1912. Bon état.

10 septembre 1919. De même.

30 octobre 1912. Nouveau plâtre.

30 avril 1913. Genou en bon état.

6 mai 1913. De même.

16 mai 1913. W + première série de piqûres.

10 août » » deuxième »

9 oct. » » troisième »

4 déc. » » quatrième »

18 février 1914 » cinquième »

28 » » l'amélioration persiste, il existe quelques mouvements ; on renouvelle le plâtre.

8 mai 1914. Genou en bon état, légers mouvements de flexion et d'extension, l'articulation semble sèche.

Nouvelle série de piqûres.

Sorti le 15 mai 1914,

OBSERVATION VI

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche tibio-tarsienne

W +

C..... Marthe, 14 ans, entrée : 13 mai 1911.

A. H. Parents bien portants, une sœur de même.

A P, Née à terme, nourrie au sein jusqu'à 22 mois, première dent à ?, premier pas à 13 mois, enterite, coqueluche, rougeole.

H. M. Il y a 5 ans, à la suite d'une fluxion de poitrine, l'enfant ressent une douleur dans le pied droit, gonflement, surtout après fatigue, électricité pendant 3 ans, puis pointes de feu en 1910. Octobre 1910, gros gonflement, on traite pour rhumatismes. Janvier 1911, grosseur sur la partie externe du pied, rougeur,

incision, il ne sort que de la sérosité. Application d'un plâtre. Depuis, la cicatrisation ne s'est jamais faite. Il y a 15 jours fistule en arrière et en dedans par laquelle sort du pus.

S. A. Pied droit en position *varus équin*, gonflement de la région malléolaire et périmalléolaire externe, en arrière de la malléole droite existe une ulcéreuse à bords violacés, fond suintant et bourgeonnant. Dans tout ce gonflement on ne sent pas un point nettement fluctuent, vrais sensation de fongosités. En arrière le pied présente un gonflement bilatéral on se treuva également à 6 ou 7 centimètres de la plante une autre ulcération très étendue. Le gonflement pesimalléolaire interne est beaucoup moins marqué, par des rougeurs. Mouvements spontanés impossibles. Mouvements provoqués : on arrive à faire quelques degrès de flexion et extension.

Radio : Surface articulaire tibiale détruite, de même celle du corps de l'astragale, également celle astragalo-calcanéenne.

30 mai. Plâtre fenêtré.

25 juin. Amélioration ulcération périmalléolaire externe a diminuée d'un demi centimètre.

29 août. Nouveau plâtre.

22 septembre. Ulcération fermée, plus de suppuration, le genou grossi contient un peu de liquide. On plâtre pied et genou.

15 janvier 1912. Pas de liquide, fongosités dans le cul de sac supérieur et inférieur du genou, nouveau plâtre.

15 avril. Bon état général. La tibia-tarséenne ne présente pas de fongosités, par des points douloureux. On constate un peu de flexion et extension active et passagère, la medio-tarrienne a des mouvements d'abduction, d'adduction et rotation presque normaux, le genou présente toujours des gongosités dans le cul de sac supérieur et inférieur s'ankylose, nouveau plâtre, marche défendue.

16 décembre 1912. W +

20 décembre 1912, Articulation tibio-tarsienne fait quelques mouvements de flexion et extension, à la sortie du plâtre la peau

représente violette et froide, le genou n'est pas ankylosé, pas de longosités.

26 décembre 1912 W +

28 décembre 1912 1re série de piqûres de Hg I2.

31 janvier 1912 meilleur état 2e série.

2 avril 1913. Troisième série de piqûres.

7 mai 1913. La flexion atteint 90°, l'extension est complète, un peu de mouvement de latéralité, le genou est à peu près sec.

6 août 1913. Quatrième série de piqûres.

20 novembre 1913. Genou normal, mouvements à peu près normaux.

8 mai 1914. Mouvements du genou normaux. Seule la flexion du pied est encore un peu diminuée.

OBSERVATION VII

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W +

G... Charles, 6 ans, entré le 18 octobre 1910.

A. H. Père bien portant, mère morte, était tuberculeuse, deux autres enfants bien portants.

A. P. Né à terme, nourrice étrangère, soins médiocres, enfant tousseur, sommet suspect.

H. M. Souffre du genou gauche depuis six semaines.

E. A. Genou gauche un peu plus volumineux. Epaississement du ménisque interne. Douleur légère à la pression de l'interligne articulaire. Hydarthrose légère, choc rotulien, légère limitation

de l'extension qui devient douloureuse, le mouvement étant forcé. Flexion et autres mouvements complets.

20 octobre 1910. L'enfant est resté au repos. On constate toujours un épaississement du ménisque interne, les mouvements sont intacts, l'enfant ne boîte pas.

Radio : Pas de lésion visible.

24 octobre 1910. Même état, plâtre de marche.

5 décembre 1910. Très bon état, encore un peu d'épanouissement, genou semble bien flexible; la flexion est pourtant douloureuse, n'a pas marché depuis un mois, nouveau plâtre de marche.

18 janvier 1911. Excellent état, genou à peu près sec, continuera à marcher avec son plâtre.

8 février 1911, Part pour Berck.

Juillet 1911. Retour de Berck.

10 septembre 1911. Encore des points douloureux en dedans et en dehors sur le tibia ; flexion limitée à 130° et un peu douloureux, fongosités, nouveau plâtre.

13 mai 1912. Très bon état, encore quelques points douloureux, mais absence de fongosités, nouveau plâtre.

13 août 1912. Excellent état, toujours un peu de douleur en dedans, genou sec, nouveau plâtre.

17 janvier 1913. W + Première série de piqûres Hg I2, suivie de deuxième série.

19 avril 1913. Marche avec appareil celluloïde depuis 6 semaines. Genou, excellent état. Par précaution, troisième série de piqûres.

16 octobre 1913. Guéri, extension complète, enlever le cellulo peu à peu.

OBSERVATION VIII

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Coxalgie droite et tumeur blanche du genou droit

C. R. +
W +

G..., Marcel, 3 ans 1/2 entre le 5 août 1911.

A. H. père tousseur, mère bien portante, seul enfant, pas de fausse couche.

A. P. né à terme, nourri au biberon, Ire dent à ? Ier pas à 15 mois ; bronchite tous les hivers,

H. M. Il y a trois mois l'enfant commence à souffrir de la jambe droite et à boiter par intermittence.

E. A. Articulation de la hanche droite : flexion, abduction, rotation interne et externe normales, pas d'hypotonie des fessiers, quelques ganglions inguinaux superficiels à droite, pas de points douloureux nets, marche sans boiter, pas de position hanchée, aucune autre manifestation.

Radio : légère diminution de l'interligne, le cotyle est un peu creusé en haut, le contour de la tête un peu moins régulier qu'à gauche.

20 septembre 1911, bon état pas d'abcès.

15 novembre » plâtre.

19 janvier 1912 pas d'abcès nouveau plâtre.

27 » » tous les jours l'enfant marchait, souffre de la hanche et de tout le membre inférieur droit qui est placé en rotation externe, facilement corrigible pas de douleur localisée.

2 février 1912, la jambe est tenue en 1/2 flexion sur la cuisse le genou droit est globuleux et plus chaud, les saillies sont effa-

cées, atrophies musculaires. Mouvements actifs de flexion et extension très limités. Point douloureux sur le condyle interne.

Radio de la hanche, même remarques que pour la précédente.

23 février. Température 39. Pas de changements dans les signes ocaux, épistaxis répétés, conjonctives un peu rouges, rien à l'examen de la gorge ni à l'auscultation.

26 février. Cutiréaction +

28 mars 1912. R. W +

22 avril 1912. Première série de piqûres mercurielles de 1 cc de hg I^2.

4 juin 1912. Deuxième.

15 juillet. Excellent état général, la lésion du genou semble en bonne voie, on enlève l'appareil plâtré, on conseille la mobilisation.

17 juillet. Le genoux droit est un peu plus volumineux. Empâtement diffus de cul de sac inférieur ne donnant toutefois pas l'impression de fongosités. Points douloureux tibial et femoral. Etude des mouvements difficile l'enfant pleurant, se contractant. Il semble toutefois qu'une flexion de la jambe sur la cuisse soit possible.

Pas de mouvements de latéralité, ni de laxité articulaire.

Petits ganglions inguinaux. Pas d'hypotonie musculaire du côté malade, pas de choc rotulien.

22 juillet. Troisième série de piqûres.

31 juillet. Amélioration notable du genou droit, flexion possible à 90°.

Extension complète, absence de points douloureux osseux, pas d'hydasthrose.

28 avril 1912. Grande amélioration depuis le début des piqûres. Diminution du volume des genoux, disparition de l'hydarthrose, flexion un peu limitée. On recommence une quatrième série de piqûres.

8 septembre 1912. Sorti de l'hôpital.

11 octobre 1912. Revu, guéri ; par prudence, conseil de faire nouvelle série de piqûres.

21 octobre 1912. Nouvelles série de piqûres.

17 janvier 1913. Etat parfait. Sirop de Gilbert.

3 mars 1913. Idem.

OBSERVATION IX

Service de M. Broca aux *Enfants Malades*

Tumeur blanche du genou

W +

F... Benoît, 9 ans, entré le 19 octobre 1911.

A. H. : père très robuste, mère bien portante ; pas de fausses couches, 7 enfants, un garcon 17 ans 1/2 bien portant, une fille 16 ans idem, une fille morte à 5 mois de pneumonie, une fille 14 ans bonne santé, un garçon mort à 5 mois de méningite, un garçon 9 ans : le malade ; une fillette, 7 ans, bien portante.

A. P. : Né à terme, va aussi au sein, première dent à ? premier pas à 11 mois, rougeole à 3 ans, scarlatine entre 4 et 5 ans, l'an dernier entérite mucomenbraneuse.

H. M. : Depuis un mois se dit fatigué le soir, il y trois semaines commence à boîter et à souffrir du genou.

E. A. Genou en légère flexion, œdème du genou droit, pas de liquide dans l'articulation, saillies de fongosités sous la rotule, toute l'articulation est douloureuse à la pression, maximum de de douleur au plateau tibial interne et au-dessus de la tête du péroné. Atrophie de la cuisse droite, moins du mollet. Adenopathie généralisée, axillaire, cervicale, inguinale. Les glandes sont dures, petites. La marche se fait, le genou droit fléchi, en

évitant de s'appuyer le plus possible, léger effacement de voute plantaire gauche, pied valgus droit. Mouvements choréiques légers, surtout du membre supérieur droit, racine et doigts. Quand l'enfant parle, légers mouvements des quatre membres, mais au repos aucun mouvement des membres inférieurs.

Reflexes rotulien, achilléens, des loups supinateurs, des triceps normaux. Au cœur, tachycardie à 120° ; claquement du premier bruit à la base à gauche avec un peu d'éréthisme cardiaque ; pas de déplacement de la pointe, souffle extra cardiaque systolique à la pointe ; tendance à l'embryocardie, pas de souffles d'anémie à l'auscultation des vaisseaux du cou. Plâtre.

Radio : espace articulaire un peu flou, de même l'épine du tibia.

25 novembre 1911. Genou en assez bon état, pas de liquide, moins douloureux à la pression. Au cœur même tachycardie, souffle extra cardiaque, très léger souffle syste ligne à la pointe.

28 décembre 1911. Plus de mouvements choréiques, plus rien au cœur que le soufle extracardiaque, genou en bon état.

24 février 1912. Rien au cœur.

27 avril 1912 : Excellent état. Plâtre, flexion de 5°.

4 juillet 1912 : Nouveau plâtre.

3 janvier 1913 : W + première série de piqûres.

14 janvier 1913 : Genou en excellent état. On enlève le plâtre. La flexion atteint 15° environ, quelques ganglions inguinaux.

6 février 1913 : 2e série de piqûres.

17 février 1913 : Très bon état, genoux sec, la flexion atteint l'angle droit.

10 avril 1913 : Mouvements du genou presque complets, excellent état, mais la chorée persiste.

OBSERVATION X

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W douteux, plutôt +

M..., Marthe, 6 ans 1/2, entrée 15 août 1912.

A. H. Père bien portant, mère chétive, deux enfants, un garçon né à 8 mois.

A. P. Née à terme, nourrie au sein 5 mois, première dent à? premier pas à un an, croup à 4 ans.

H. M. Il y a deux ans, l'enfant se butte contre un banc, le genou gonfle aussitôt, la mère affirme avoir vu l'accident et est certaine que la tumeur date de cette époque. L'enfant a été soignée à Saint-Louis, ponctions, plâtre.

E. A. Le genou gauche est globuleux, la peau est normale. On sent des fongosités mollasses, dépressibles à la partie antérieure et inférieure du genou. On peut suivre les bords latéraux de la rotule, mais la pointe est noyée dans des fongosités.

Elévation thermique du genou gauche, les ménisques articulaires sont épaissis des deux côtés du genou. Atrophie marquée du quadriceps gauche. Exploration indolore.

Le genou est immobilisé en bonne position ; le mouvement de flexion ne dépasse pas quelques degrès. Mouvements de rotation nuls. Ganglions inguinaux des 2 côtés. Hernie crurale gauche. Plâtre.

23 novembre 1912 nouveau plâtre

25 » » W douteux, plutôt plus.

6 janvier 1913 Ire série de piqûres.

4 » » 2e » »

8 mai 1913, genou en bonne position, mais grosse atrophie musculaire, amas de fongosités dans les culs de sacs. Injection d'éther iodoformé.

13 mars 1913 3e série de piqûres

6 août » 4e » »

7 octo. » 5e » »

17 nov. » 7e « «

27 novembre 1913 : très bon état général, plus de fongosités, genou bien redressé.

12 janvier 1914 : bon état général, bonne position, septième série de piqûres.

22 janvier 1914 : bon état du genou et général, grosse atrophie musculaire, quelques petits mouvements.

23 février 1914 : genou presque sec. Atrophie musculaire, quelques mouvements, huitième série de piqûres.

5 mai 1914 : redressement sans anesthésie, plâtre.

17 juillet 1914 : très bon état général et local.

OBSERVATION XI

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W +

P...., Raoul, 4 ans 1/2, entré 16 janvier 1913.

A. H. Parents bien portants, grand-père maternel mort tuberculeux, une fausse-couche, un autre enfant de 4 mois bien portant.

A. P. Né à terme, nourri au biberon, première dent à ?, premier pas à 18 mois, vers 3 mois pris de convulsions, à 2 ans. coqueluche, à 3 ans broncho-pneumonie.

H. M. Est tombé, il y a environ 6 mois sur le genou droit, boite et souffre depuis d'une façon intermittente, surtout le matin et le soir, par crises, les crises augmentent ces derniers temps.

E. A. Genou légèrement plus volumineux, en légère flexion, peau blanche et chaude, culs de sac tendres. Atrophie de tous les muscles voisins, ganglions inguinaux des deux côtes.

La flexion est possible jusqu'à 130° environ.

Radio : contours articulaires flous et irréguliers.

31 janvier 1913. W +

3 février 1913. Première série de piqûres; la flexion a augmenté, on va redresser le genou et faire un plâtre.

15 février 1913, redressement et plâtre.

10 juin. Excellent état, bonne position, enlevé plâtre, laissé genou libre, mais défense de marcher.

17 juin, nouveau plâtre.

14 octobre, bonne position, genou sec ; radio : lésions stationnaires ;

15 mai 1914, excellent état, genou sec, flexion de 30° de plus, gouttière plâtrée.

OBSERVATION XII

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

C R +

W +

A. H. Parents bien portants, la mère souffrait beaucoup de la tête, le père est en traitement aux Quinze-Vingt, piqûres ! Une

fille 17 ans bien portante, une fille 15 ans bien portante, un garçon 12 ans, de même, puis la malade, une fausse couche de 6 mois il y a 20 ans, l'année suivante une fausse couche de 7 mois; il y a 8 ans une 3e fausse couche de 4 mois, personne de bacillaire dans la famille.

A. P. Née à terme, nourrie au sein maternel jusqu'à 18 mois, première dent à 6 mois, premier pas à un an, pneumonie à 3 mois, sans complication, coqueluche à 15 mois, rougeole à 3 ans.

H. M. Il y a 3 ans (1909) la mère s'aperçoit que le genou droit devient volumineux; l'enfant commence à boiter et souffrir, est conduit à Trousseau, on parle de tumeur blanche, ponction, au bout d'un mois plâtre, qui reste 3 mois, le genou est toujours gros, mais l'enfant ne s'en plaignait pas. Il y a un mois la boiterie reprend.

E. A. Genou droit très volumineux, surtout du côté interne. Douleur à la pression sur le côté interne et externe de la tête du tibia, forte circulation collatérale. Elévation thermique locale. Menisques épaissis. Atrophie musculaire. La flexion va à l'angle droit, est douloureuse au-delà ; l'extension est incomplète et non douloureuse. Pas de mouvements de latéralité, petits ganglions inguinaux bilatéraux, mais surtout à droite, micro-adenie cervicale, bon état général.

Radio : simple décalcification.

17 janvier 1912 : plâtre.

30 janvier 1913 : cutiréaction +.

12 février 1913 : W + (Institut Pasteur).

9 mai : Ponction du genou malade, on ne retire rien, injection d'une goutte d'éther iodoformé.

19 juin : Abcès en dehors de l'articulation à la partie externe et supérieure de la jambe droite. Ponction. Pus très épais, grumeleux, injection d'éther iodoformé.

26 juin : ponction, pus épais, grumeleux, injection d'éther iodoformé.

4 juillet : poche très tendue, ponction, pus grumeleux, injection.

22 juillet : ponction de l'abcès, issue de 20 centimètres cubes d'une sérosité brunâtre.

10 septembre : guérison complète de l'abcès du mollet, la cicatrice est légèrement déprimée et adhérente à la profondeur, mais complètement sèche, pas de fluctuation dans la profondeur.

5 octobre. Plâtre du genou droit, entraînant le pied et les 2 3 inférieurs de la cuisse.

10 octobre. Ablation de l'appareil, bon état du genou, pas d'abcès.

12 novembre. Première série de piqûres.

17 novembre. Angine, surtout marquée à gauche, amygdales rouges, ganglions sous-maxillaires gauches douloureuses. Temp. 39°.

4 décembre : Abcès de la jambe droite, ponction, pus jaunâtre grumeleux, injection d'éther iodoformé.

11 décembre : deuxième série de piqures.

21 décembre 1912 : Ponction, pus liquide, quelques grumeaux, injection d'éther iodoformé.

21 janvier 1913 : troisième série des piqûres.

10 février 1913 : E. A. du genou droit : le genou étant sorti du plâtre depuis le 10 nov. 1912.

Inspection : très légère déformation apparente, augmentation de volume et effacement des méplats prérotuliens, un peu de circulation veineuse sous cutanée en dehors, atrophie musculaire du quadriceps et de la jambe.

Palpation : pas d'hydrarthrose, cependant très léger choc rotulien, mobilité de la rotule très bonne, hyperthrophie du condyle interne du tibia, pas de points douloureux osseux, on constate l'atrophie considérable du quadriceps, l'atrophie de la jambe est beaucoup moins prononcée. Adénopathie inguinale et iliaque à peine plus considérable que du côté gauche.

L'exploration des mouvements montre une limitation de la flexion qui dépasse cependant l'angle droit, pas de limitation

du mouvement d'extension, très peu de mouvements de latéralité.

17 mars 1913. Quatrième serie de piqûres.

1er mai 1913. Cinquième série de piqûres.

4 juin 1913. Etat du genou droit : pas d'augmentation de volume appréciable, le genou est d'aspect normal, sauf un peu d'effacement des méplats. Température normale. Pas de points osseux douloureux. Un peu de choc rotulien. Pas de circulation collatérale veineuse. Atrophie du quadriceps toujours nette, adenopathie inguinale bilatérale. Mouvements non douloureux. Extension normale, flexion limitée à 70°. On aperçoit, au 1/3 moyen du mollet, les cicatrices des ponctions antérieures.

9 juin 1913. Sixième série de piqûres.

Sortie guérie le 5 juillet 1913.

OBSERVATION XIII

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche

W +

A..... Germaine, 6 ans, entrée le 11 février 1913.

A. H. Parents bien portants, 2 autres enfants en bonne santé, un enfant né mort.

A. P. Née à terme, nourrie au sein, premier pas à 1 an, bronchite à 6 ans.

H. M. Genou grossi depuis 4 ans; soignée en province, pointes de feu et appareil plâtré abandonné au bout de 2 mois, depuis lors l'enfant a continué à marcher et n'a suivi aucun traitement.

E. A. Jambe en légère flexion, genou globuleux, condyle

interne fémoral et saillie interne du tibia sont plus volumineux du côté malade. Les culs de sac synoviaux sont distendus, surtout le tricipital. Pas de choc rotulien, pas de points douloureux à la pression. Atrophie du quadriceps. Quelques ganglions inguinaux à droite.

Examen des mouvements : tous les mouvements sont complètement indolores. La flexion est limitée à 150° ; l'extension l'est à peine. Quelques mouvements de latéralité. Le membre malade est environ de 2 centimètres plus long. Il y a une très légère tendance à la subluxation.

Radio, de face : les épiphyses au-delà du cartilage de conjugaison sont proportionnellement plus volumineuses du côté droit malade. De profil, même caractère et légère tendance à la subluxation en arrière.

21 février 1913 : on suppose du liquide dans le sac soustricipital. Ponction. On ne retire rien.

W +, première série de piqûres.

12 mars 1913 : Membre droit longueur 53 c/m, membre gauche 50. Le genou droit est augmenté de volume avec saillie du cul de sac sousquadricipital se prolongeant sur la face interne de l'extrémité inférieure de la cuisse ; le membre est tenu en extension complète avec tendance à la subluxation en arrière de l'extrémité supérieure du tibia.

Au niveau de la saillie interne on constate une fluctuation profonde, mais nette. Pas de choc rotulien, légère atrophie quadricipital, ganglions inguinaux. Mouvements de flexion et extension spontanés et normaux.

Quelques légers mouvement de latéralité qui se retrouvent du côté opposé. Aucun point douloureux. Membre inférieur gauche en léger valgus et assez volumineuse adenopathie inguinale.

15 mars 1913, deuxième série de piqures.

18 avril 1913, varicelle (face et cou), état général bon.

20 avril 1913, ascension de la température, langue blanche, pustules;

1 mai 1913, troisième série de piqures, on met l'enfant à la marche;

9 juin 1913, quatrième série de piqures.

21 juillet 1913, cinquième série de piqures.

5 septembre 1913, sixième série de piqures.

10 novembre 1913. Le genou droit parait normal, pas d'élévation thermique locale. Saillie normale de la rotule. Pas de points douloureux. Les mouvements sont normaux, un peu d'atrophie quadricipitale. Tendance à la luxation postérieure du tibia.

Mensuration : grand trachanter à malléole interne, côté droit 54, côté gauche 51 ; circonférence à 10 centimètres au-dessus de la base de la rotule, côté droit 26, côté gauche 27 1/2.

11 novembre 1913 : 7e série de piqûres.

23 janvier 1914 : 8e » »

9 mars 1914 : 9e » »

23 avril 1914 : 10e » »

6 mai 1914 : le genou paraît complètement guéri, annonce limitation des mouvements, très bon état général.

15 janvier 1914 : 11e série de piqûres, même état durable.

21 juillet 1914 : sortie eu parfait état.

OBSERVATION XIV

Service de M. Broce aux *Enfants assistés*

Tumeur banche du genou

C. R. +

W +

N..., Marie, 3 ans 1/2, vue le 10 août 1912, entrée le 30 novembre 1912.

A. H. : père bien portant, mère sourde, un enfant mort à? mois à la suite de tumeur dans le dos.

A. P. : née à terme, nourrie au sein, première dent à? premier pas à un an, coqueluche il y a 7 ou 8 mois.

H. M. : les voisins ont dit que l'enfant est tombée, le genou a augmenté de volume, l'enfant a continué à marcher en traînant la jambe.

E. A. : le genou gauche est globuleux, la peau est normale, les contours de la rotule ont presque disparu.

Palpation : peau chaude surtout à la partie interne du genou gauche, fongosités mollasses dépressibles, l'interligne articulaire est augmentée des deux côtés du genou gauche. On sent un gros ganglion dans l'aîne gauche.

Exploration fonctionnelle : la flexion du genou ne dépasse pas l'angle droit, l'extension par 115°, la rotation de la jambe gauche sur la cuisse est beaucoup plus limitée qu'à droite.

Radio : le profil ne montre pas de différences appréciables; de face, les contours sont flous, surtout au niveau du cartilage de conjugaison, dia-épiphysaire du fémur.

A redresser, plâtre.

30 novembre 1912, entrée à l'hôpital, l'enfant tousse d'une toux sèche, aboyante, examen de la gorge : rougeur. Température, 39.

L'enfant souffre de son genou dont le volume est très augmenté, toutes les saillies articulaires sont effacées. Choc rotulien. Température locale élevée.

W +

11 décembre 1912 : Première série de piqûres.

9 janvier 1913 : le genou est sec, sans abcès, saillies toutefois effacées. Atrophie presque complète du quadriceps, immobilité à peu près complète de la rotule gauche, pas de points douloureux osseux, pas de choc rotulien ni de sensation de fongosités; ganglions inguinaux beaucoup plus nombreux du côté droit;

le genou qui s'était remis en flexion est actuellement en extension continue ; légère déformation du tibia avec concavité antéro-inférieure.

10 janvier 1913 : Deuxième série de piqûres.

10 mars 1913. Membre en bonne position, extension, genou augmente de volume, atrophie du quadriceps, pas de points douloureux, léger effacement de méplats, très légère saillie des culs de sac ; demi-flexion possible, rotule légèrement mobilisable ; à la face antérieure des condyles, quelques fongosités que la pression fait déborder latéralement, ganglions inguinaux.

17 mars, troisième série de piqures.

4 avril, varicelle, éruption fruste, état général bon.

1 mai, quatrième série de piqures.

3 mai, dans la nuit accès brusque de dyspnée avec tirage, le matin gorge rouge. Température 37, 6, pas d'enduit, dyspnée continue, respiration bruyante, applications chaudes ne calment pas beaucoup, l'enfant s'endort, au bout de 2 heures respiration normale. On interrompt la quatrième série de piqures.

9 juin 1913. On reprend la quatrième série de piqures, ancien accident.

21 janvier 1913. 5e série.

6 septembre 1913. 6e série.

11 septembre 1913. 7e série.

13 novembre 1913. Le genou gauche est tenu fléchi à 135°. Cette flexion est acquise depuis la veille, date à laquelle on a enlevé l'appareil extenseur. Mouvements impossibles, genou volumineux, chaud, atrophie de la cuisse et mollet. Distension de culs de sac, sensation pseudofluctuente ; pas de points osseux douloureux ; tendance à la luxation du tibia en arrière. Mise en extension.

19 novembre 1913. On plâtre le genou.

23 janvier 1914. Huitième série de piqûres.

4 mars » Neuvième » »

22 mars 1914, Le plâtre est enlevé, genou gauche très globuleux, fongosités à la palpation, la partie inférieure du genou gauche est reportés en arrière, existence d'un sillon au-dessous de la rotule, genou tenu en flexion, presque à angle droit ; les mouvements de flexion sont très limités, extension impossible ; atrophie considérable du membre inférieur gauche ; points douloureux sur la tête du péroné et à la face interne du plateau tibial interne, mise en extension.

23 avril 1914. Dixième série de piqûres.

6 mai » Le genou est toujours en flexion.

18 » » La flexion est moins marquée, le genou est diminué de volume.

25 mai 1914. Redressement du genou sous Chloroforme. Plâtre.

17 juin » Onzième série de piqûres.

15 juillet » Bonne position du genou en extension, le genou est encore diminué de volume, état général parfait.

OBSERVATION XV

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W +

T..., Alice, 9 mois 1/2, entrée 31 décembre 1912.

A. H. : parents bien portants, un enfant mort de méningite.

A. P. : née à terme, nourrie au sein, première dent à 9 mois, n marche pas.

H. M. : il y a 3 semaines la mère remarque que l'enfant souffre de sa jambe droite et pleure quand on veut la mobiliser.

E. A. : genou droit légèrement augmenté de volume, méplats

effacés, légèrement plus chaud, synoviale tendue, pas de choc. Genou fléchi de 15°, ne peut être étendu, flexion douloureuse, limitée. Ganglions inguinaux des deux côtés. Plâtre. W +.

9 janvier 1913 : première série de piqûres.

22 janvier : genou en bon état.

26 mai : deuxième série de piqûres. L'annulaire gauche démontre une augmentation de volume de la première phalange, à la radio un peu de décalcification.

24 juin : genou en meilleur état, encore un peu fléchi, peau endommagée, on enlève le plâtre momentanément.

27 octobre 1913 : Augmentation du volume de la jambe droite. Nouvelle série de piqûres suivie de deux séries de dix frictions à un mois d'intervalle.

6 janvier 1914 : jambe droite moins volumineuse ; le genou tend à se redresser. Spina du doigt également moins grande, bon état général.

10 février 1914 : genou à peine plus volumineux, la rotule est bien mobile sur les plans profonds, l'extension pas tout à fait complète, la flexion se fait de 120°. Un peu de mouvements de latéralité ; légère adénite inguinale droite.

17 mars 1914 : très bon état.

OBSERVATION XVI

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W +

Barbier, Albert, 11 ans entré le 27 avril 1914.

A. H. : père, mère bien portants, ne toussent pas; une sœur,

18 ans, un enfant mort de croup à 13 ans, une fausse couche de 2 mois 1/2, il y a 16 ans.

A. P. : né à terme, nourri au sein jusqu'à 25 mois, première dent à 9 mois, premier pas à 14 mois, a été opéré à 26 mois d'une hernie ombilicale, a eu deux fois la rougeole dans la même année (à 4 ans), bronchite à 6 ans.

Le 22 avril 1911, le genou droit est enflé; l'enfant s'en plaignait auparavant.

E. A. : genou arrondi, points douloureux tibial interne et externe. Empâtement sans fongosités, pas d'atrophie musculaire; la flexion est limitée à angle droit, pas de mouvement de latéralité, l'extension est normale, augmentation de chaleur locale; réflexe rotulien normal. Aucun signe de spécificité. Radio négative. Plâtre.

29 juillet. Nouveau plâtre, bon état.

28 novembre. Bon état, pas de pus, pas de points douloureux, la flexion est impossible.

8 février 1912. Bon état, genou sec.

12 avril. Bon état, quelques fongosités, l'enfant marche.

18 février. Nouveau plâtre.

11 mars. W +. Série de 10 piqûres de HgI_2 :

22 mars. Pas d'amélioration sensible à la fin de la série des 10 piqûres.

30 avril. Nouvelle série de piqûre.

10 mai. Sortie du malade, très bon état général.

OBSERVATION XVII

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Tumeur blanche du genou

W +

M....., Georgette, 13 ans 1/2, entrée 9 décembre 1913.

A. H. Père et mère bien portants, 6 enfants dont un mort à six semaines de convulsions.

A. P. Née à terme, nourrie au sein, premier pas à 15 mois, bronchite assez grave à 10 mois, pas de rougeole, pas de coqueluche, n'est pas réglée.

H. M. Ressent au mois de juillet dernier des douleurs dans le genou droit, qui est légèrement gonflé, on lui fait de la compression, des pointes de feu à 3 reprises, le genou reste toujours gonflé, l'état général bon.

E. A. Genou globuleux, fluctuation dans les culs de sac inférieurs, pas de choc rotulien l'articulation étant très tendue, pas de points douloureux. Flexion possible seulement jusqu'à angle droit. Atrophie légère de la cuisse et jambe, gros ganglions iliaque.

Radio : Décalsification, diminution de l'interligne qui est plus sombre.

22 décembre. W +. Première série de piqûres.

3 janvier 1914. Hydarthose persiste. Choc rotulien.

4 février. Deuxième série de piqûres.

12 février. Toujours choc persistant.

24 mars. Troisième série de piqûres.

16 juin. Très peu de liquide. Pas d'épaississement, peut marcher avec genouillière.

OBSERVATION XVIII

Service de M. Broca aux *Enfants Malades*

Hydarthrose tuberculeuse du genou

W +

D... Fernande, 10 ans, entrée le 9 avril 1912.

A. H. : Parents bien portants, 6 enfants, un mort de méningite, rougeole à 4 ans.

A. P. : née à 7 mois, nourrie au biberon, première dent à 18 mois, premier pas à 20 mois, voit mal de l'œil gauche, pupille gauche plus grande que pupille droite.

A. M. : le genou gauche est plus volumineux depuis 8 jours.

E. A. : le genou est uniformément volumineux. Choc. Les mouvements sont normaux. Ponction non douloureuse. Quelques ganglions inguinaux.

16 avril : la tuméfaction est diminuée ; le choc persiste.

23 avril : bon état.

21 mai : bon état, moins de liquide, compression, bande de toile.

28 mai : plâtre.

2 août. Ablation du plâtre, genou peu augmenté de volume, légère saillie des culs de sac latéraux et sous quadricipital. Pas de choc, rotule frappe une masse molasse, empâtée, pseudofluctuation des 2 culs de sac latéraux et supérieur ; genou rempli de fongosités, points douloureux osseux surtout condylien externe, moins tibial. Genou assez mobile, extension complète, flexion à 90°. ganglions inguinaux surtout à gauche, peu volumineux, nouveau plâtre ; l'enfant est mal surveillée, marche avec son plâtre.

9 août. On sent des fongosités pâteuses et de la fluctuation.

12 août. Ponction : liquide clair, attelle plâtrée.

5 septembre. Bon état.

3 octobre. Ponction, pas de liquide, plus de choc.

8 octobre. Ponction, liquide séreux rougeâtre.

26 octobre. Bon état, pas de ponction.

26 décembre. W + Première série de piqûres. Il reste encore un peu de liquide. Ponction. Injection d'éther iodoformé.

22 janvier. Deuxième série de piqûres.

3 mars, Plus de liquide. Amélioration sensible.

OBSERVATION XIX

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Hydarthrose du genou

W +

K..., Bernard, 14 ans 1/2, entré 26 février 1914.

A. H. : père et mère bien portants, 7 frères morts, un frère et deux sœurs vivants.

A. P. : à 12 ans rougeole, dur de l'oreille gauche, nez aplati, voute ogivale, implantation dentaire défectueuse.

H. M. : il y a trois jours l'enfant a éprouvé des tiraillements au genou droit, à la marche, avec douleurs periarticulaires, pas de traumatisme invoqué.

E. A. : gonflement du genou droit, surtout à la région antero-interne ou les méplats sont moins marqués qu'à gauche, gonflement du cul de sac sous quadricipital, peau normale, on remarque une cicatrice au niveau du bord interne de la rotule, suite d'une chute faite il y a un an. Choc rotulien. Extension complète,

flexion limitée à 30°, pas de mouvements de latéralité, pas d'atrophie musculaire, ganglions inguinaux bilatéraux. Pas d'élévation thermique au genou.

Radio : pas de lésions osseuses.

7 mars 1914. W +; Première série de piqûres.

9 mars. Légère augmentation de volume du genou droit, pas de points douloureux, pas de limitation de mouvements.

18 mars. Après 8 jours de repos et une série de piqûres le genou a repris l'aspect normal, pas de points douloureux, pas de gêne fonctionnel.

OBSERVATION XX

Service de M. Broca aux *Enfants malades*

Hydarthrose du genou

W +

G... Jean, 5 ans, entré le 12 décembre 1912.

A. H. Père bien portant, mère de même, 5 fausses couches de 2 à 3 mois, tous les autres enfants (5) sont venus à terme, un enfant mort à 5 mois, 3 enfants bien portants.

A. P. Né à terme, nourri au biberon, première dent à ? Premiers pas à 2 ans, rougeole à 3 ans.

H. M. L'enfant a ressenti, il y a trois semaines, des douleurs dans toutes les articulations, à ce moment il avait de la fièvre, céphalée, pas d'angine. La fièvre n'a duré que 2 à 3 jours, les douleurs se sont localisées dans le genou gauche qui enfle et ne peut être remué.

E, A. Le coude est guéri, mais l'enfant se plaint du genou droit ; celui-ci est fléchi de 40°, globuleux, saillies effacées, culs

de sacs distendus, température locale élevée, choc rotulien. Mouvements articulaires assez faciles, mais douloureux, l'extension complète du genou est impossible. Pas de tendance à la subluxation, pas d'atrophie musculaire. Les ganglions inguinaux du côté droit sont plus volumineux.

W. +.

6 janvier 1913. Première série de piqûres.

3 mars 1913. Deuxième série de piqûres.

13 mars 1913. Meilleur état, genou moins gros, culs de sac peu distendus, très peu d'hydarthrose, choc-rotulien léger, genou en extension complète, flexion est possible jusqu'à angle droit et non douloureuse, pas de points osseux douloureux, pas d'atrophie des quadriceps.

16 avril, 3 série de piqûres.

23 mai. Le genou va mieux, l'extension est complète, culs de sac non distendus. A peine de choc-rotulien, pas d'atrophie du quadriceps, la flexion est complète et non douloureuse.

26 mai. Quatrième série de piqures.

25 juin. Le genou est apparemment guéri, pas d'augmentation de volume, pas de choc, mouvements normaux ;

Sorti le 5 juin 1913.

IV

De ces observations que ressort-il ? En premier lieu, un fait, indéniable : en présence d'enfants, atteints d'une maladie articulaire nous permettant de retenir, à priori, le diagnostic tumeur blanche, quelquefois d'hydarthrose, vraisemblablement d'origine tuberculeuse, nous avons établi que la réaction de Wassermann, faite avec leur sang était positive.

Que faut-il en conclure ? Est-ce à dire que le premier diagnostic était faux ? Faut-il croire que, puisque la réaction de Wassermann était positive, les arthrites en question étaient ou n'étaient que syphilitiques ? Non, car cliniquement le premier diagnostic était justifié et par l'examen et par la localisation et — sauf dans certains cas cités plus bas — par l'évolution de ces affections.

Alors, que devient la réaction de Wessermann ? A-t-elle une valeur absolue ? Non, et c'est un fait, maintenant bien connu, établi par de nombreux auteurs parmi lesquels je citerai Nicolas et Gaté, qui, à la suite d'une longue série d'expériences, ont fait une restriction essentielle à la valeur de cette réaction. Dans cette restriction, ont-ils dit, il ne faut pas englo-

ber seulement quelques maladies rares ou faciles à retrouver dans les antécédents, comme la scarlatine, la maladie du sommeil, le paludisme, la lèpre, l'impétigo, les ulcères variqueux, la gale et quelques autres affections, très diverses d'ailleurs ; mais les mêmes auteurs croient qu'un malade atteint d'affection quelconque et même un individu sain peuvent avoir un Wassermann positif sans syphilis. Pourtant, si une réaction positive ne signifie pas forcément syphylis, avec la plupart des auteurs et expérimentateurs il nous semble devoir ajouter qu'elle doit permettre, sinon d'affirmer du moins soupçonner la syphilis. S'il n'existe aucun signe de syphilis ni acquise, ni héréditaire nous croyons prudent de recommencer un second Wassermann, comme dans l'observation VI, par exemple.

Si à deux reprises un Wassermann est positif, quand la technique a été faite à l'abri des erreurs avec un antigène bien connu et dosé, un complèment et un système hémolytique antimouton bien contrôlés, si en même temps des sérums témoins ne donnent pas de fixation de complément et des sérums spécifiques fixent le complément, nous croyons, contrairement à l'opinion, exprimée par Niéolas et Gaté qu'on peut craindre la syphilis et instituer un traitement. Les syphilis méconnues et affirmées par le Wassermann sont nombreuses. L'action décisive du traitement n'a pas montré que l'on fut dans l'erreur.

Et de fait, reportons-nous à nos observations.

Le traitement spécifique, alors que celui-ci n'était

institué que sur la seule indication de la positivité de la réaction de Wassermann paraît, toujours, avoir été favorable.

Dans certains cas (observations nos I et II) que, initialement, l'on prenait pour des manifestations uniquement tuberculeuses, la réponse positive à la réaction Wassermann a été nettement confirmée par l'évolution polyarticulaire et l'absence de toute suppuration. La syphilis paraît avérée, les manifestations sont des manifestations syphilitiques et nous mettions l'étiquette : polyarthrite syphilitique.

Pourtant, là encore, la tuberculose avait sa part ; les phénomènes initiaux, les résultats de la Cuti-réaction le prouvaient.

Il y avait donc association de tuberculose et de syphilis, association dans laquelle la spécificité avait pris sa revanche sur la tuberculose, dernière venue ayant provoqué et déclanché les désordres, et avait largement prédominé.

Dans les autres cas, et combien nombreux, la tuberculose devient la prédominante. Sur un terrain spécifique se greffent, s'établissent et s'épanouissent les lésions tuberculeuses. Le support est syphilitique, le mal tuberculeux !

Voilà ce qu'il y a à retenir.

Nous avons laissé de côté une série de questions que, pour l'amplification de cette discussion, nous aurions pu traiter. Nous aurions pu parler de la possibilité d'erreurs de diagnostic, reprendre la demande : n'y a-t-

il pas lieu de penser que la spécificité peut co-exister avec la tuberculose ? Si oui, n'y a-t-il pas lieu de conclure que sur un terrain délabré par la syphilis peut se greffer la tuberculose et developper ce thème ; nous aurions pu parler de l'hérédo-syphilis et de la tuberculose des enfants dans un milieu propice à la contamination ; mais tout cela eut, en somme, été des citations et nous aurions enfoncé des portes, grandes ouvertes.

Non, passons au principal ! C'est l'invitation que nous désirons formuler, à rechercher la coexistence de la syphilis et de la tuberculose. Rappelons-nous que la réaction de Wassermann n'établisse pas la vérité absolue, elle doit rester comme une indication très précieuse. Il faut donc ne pas se borner à l'employer dans les cas douteux, c'est-à-dire dans ceux dont l'origine est plus ou moins évidente par les symptômes cliniques, mais l'utiliser le plus largement et le plus tôt possible (voyez observation IV, enfant mort, Wassermann tardif).

Plus tôt le traitement spécifique interviendra, plus vite il déblaiera, assainiera le terrain et le préparera à recevoir les soins qui remédieront aux manifestations de la tuberculose. Les moyens de guérison que l'on emploiera tiendront compte de la prédominance de l'un ou de l'autre coefficient.

V

Nous formulerons donc nos conclusions ainsi qu'il suit :

Etant donné la possibilité d'association de la syphilis et de la tuberculose, il faut, dans les cas d'arthrites tuberculeuses :

1° Rechercher la spécificité ;

2° Employer la réaction de Wassermann comme moyen d'investigation ;

3° Si positive, appliquer le traitement spécifique ;

4° L'accompagner de soins tenant compte de la prédominence de l'un ou l'autre coefficient.

Vu :
Le Président de Thèse,
AUGUSTE BROCA.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.